UNIVERSITÉ PAUL SABATIER - TOULOUSE
U. E. R. DES SCIENCES MÉDICALES

ANNÉE 1973-1974 THÈSE N° 102

Aspect actuel et traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
DIPLOME D'ETAT

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1974
par

SABADIE Jean-Claude

Membres du Jury :
- MM. CLAUX — Président
- LACOMME, ALBAREDE, GLEIZES — Assesseurs
- COLL — Suppléant

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549602_0011

Aspect actuel et traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER

Président de l'Université	M. LARENG
1er Vice-Président	M. MATHIS
2me Vice-Président	M. MARTIN

TABLEAU DU PERSONNEL

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES

Directeur de l'Unité des Sciences Médicales Toulouse-Purpan	M. MONNIER
Directeur de l'Unité des Sciences Médicales Toulouse-Rangueil	M. ENJALBERT

HONORARIAT

Doyen honoraire	M. CALVET
Doyen honoraire	M. BRUSTIER
Doyen honoraire	M. LAZORTHES
Professeur honoraire	M. VALLOIS
Professeur honoraire	M. TAPIE
Professeur honoraire	M. DELAS
Professeur honoraire	M. RISER
Professeur honoraire	M. BUGNARD
Professeur honoraire	M. VINCENT
Professeur honoraire	M. MOREL
Professeur honoraire	M. BOUISSET
Professeur honoraire	M. CALMETTES
Professeur honoraire	M. THOMAS
Professeur honoraire	M. LAGROT
Professeur honoraire	M. DESFORGES-MERIEL
Professeur honoraire	M. FABRE P.
Professeur honoraire	M. JAHIER
Professeur honoraire	M. SENDRAIL
Professeur honoraire	M. PONS
Professeur honoraire	M. SOREL

PROFESSEURS

Clinique Médicale et Cardiologique	M. DARDENNE	Purpan
Clinique Médicale Sud	M. GADRAT	Purpan
Clinique Chirurgicale	M. GEDEON	Rangueil
Clinique Chirurgicale A et Gynécologie	M. POULHES	Rangueil

Clinique Chirurgicale B et du Cancer	M. GRIMOUD	Purpan
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique	M. PASQUIE	Purpan
Clinique Chirurgicale Orthopédique et Traumatologique	M. FICAT	Rangueil
Clinique de Chirurgie Cardio-vasculaire	M. ENJALBERT	Rangueil
Cliniques des Maladies Cutanées et Syphilitiques	M. BAZEX	Purpan
Clinique des Maladies des Voies urinaires	M. LHEZ	Rangueil
Cliniques des Maladies Infectieuses	M. ARMENGAUD	Purpan
Clinique Médicale Infantile et Puériculture	M. DALOUS	Purpan
Clinique Médicale de la première enfance	M. REGNIER	Purpan
Clinique de Neuro-Chirurgie	M. LAZORTHES G.	Rangueil
Clinique Neurologique et Psychiatrique	M. GERAUD	Rangueil
Clinique Obstétricale	M. PONTONNIER	Rangueil
Clinique Odonto-Stomatologique	M. CADENAT	Rangueil
Clinique Ophtalmologique	M. DEODATI	Rangueil
Cliniue O.R.L. et Chirurgie maxillo-faciale	M. CLAUX	Purpan
Clinique de Pneumo-phtisiologie	M. DELAUDE	Purpan
Clinique Rhumatologique	M. RUFFIE R.	Purpan
Accouchement et Obstétricie Sociale	M. MONROZIES	Purpan
Anatomie	M. BASTIDE	Purpan
Anatomie Pathologique	M. FABRE J.	Purpan
Anatomie Appliquée	M. JUSKIEWENSKI	Rangueil
Anesthésie et Réanimation	M. LARENG L.	Purpan
Bactériologie et Virologie	Mme ENJALBERT	Rangueil
Biophysique Médicale A	M. AUVERGNAT	Purpan
Biophysique Médicale B	M. BRU	Rangueil
Cardiologie Clinique et Expérimentale	M. CALAZEL	Rangueil
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIR	Purpan
Electro-Radiologie	M. ROULLEAU	Rangueil
Embryologie Générale	M. BROUSSY J.	Purpan
Hématologie	M. BIERME	Rangueil
Histologie	M. BIMES	Rangueil
Hydrologie, Thérapeutique et Climatologie	M. DENARD	Purpan
Hygiène et Médecine Sociale	M. MONNIER	Purpan
Immunologie	M. DUCOS	Purpan
Médecine Légale et Médecine du Travail	M. GREZES-RUEFF	Purpan
Pathologie Chirurgicale	M. DAMBRIN	Purpan
Pathologie Générale et Médecine Expérimentale	M. BOULARD	Purpan
Pathologie Médicale	M. RIBAUT	Purpan
Physiologie	M. BESSOU	Purpan
Physiologie Appliquée et Pharmacologie	M. BAISSET	Rangueil
Séméiologie et Clinique Médicale	M. LAPORTE J.	Purpan
Thérapeutique	M. DARNAUD	Rangueil

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie Pathologique	M. BOUISSOU	Rangueil
Biochimie Médicale	M. DOUSTE-BLAZY	Rangueil
Dermatologie-Vénéréologie	M. DUPRE	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. GUILHEM	Rangueil
Histologie et Embryologie	M. PLANEL	Purpan
Neurologie et Neuro-Psychologie	M. RASCOL	Purpan
Physiologie et Pharmacologie	M. MONTASTRUC	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M. MIGUERES	Rangueil
Médecine interne	M. LE TALLEC	Rangueil
Psychiatrie	M. GAYRAL	Purpan
Ophtalmologie	M. BEC	Purpan
Médecine Générale	M. ARLET	Rangueil
Neuro-Chirurgie	M. ESPAGNO J.	Purpan

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie Pathologique	M. FABRE Jean	Purpan
Bactériologie, Parasitologie, Virologie	Mme LARENG M.-B.	Purpan
Biochimie Médicale	M. VALDIGUIE Pierre	Rangueil
Carcinologie	M. ESTRADE	Purpan
Chirurgie Générale	M. GAUBERT	Purpan
Chirurgie Générale	M. SARRAZIN	Rangueil
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. ESCHAPASSE	Purpan
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BES	Rangueil
Médecine Générale et Thérapeutique	M. BOLLINELLI	Purpan
Médecine Générale et Thérapeutique	M. SUC	Rangueil
Médecine Générale	M. RIBET	Rangueil
Physiologie	M. GERAL	Rangueil

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie Pathologique	M. RUMEAU J.-L.	Rangueil
Anésthésiologie	M. VIRENQUE C.	Rangueil
Bactériologie-Virologie	Mme DIDIER	Rangueil
Biophysique	M. REGIS	Rangueil
Biophysique	M. GUIRAUD R.	Purpan
Cancérologie	M. CARTON M.	Rangueil
Cardiologie	M. BERNADET	Rangueil
Cardiologie	M. BOUNHOURE	Rangueil
Chirurgie Générale	M. ESCAT J.	Rangueil
Chirurgie Générale	M. GOUZI	Rangueil
Chirurgie Générale	M. COSTAGLIOLA	Purpan
Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire	M. PUEL	Rangueil
Gynécologie et Obstétrique	M. PONTONNIER G.	Rangueil
Hépato-Gastro-Entérologie	M. PASCAL	Purpan
Histologie, Embryologie, Cytogénétique	M. SOLEILHAVOUP	Purpan
Médecine Interne	M. FEDOU R.	Purpan
Médecine du Travail	M. PUJOL M.	Purpan
Néphrologie	M. CONTE J.	Purpan
Neurochirurgie	M. LAZORTHES Y.	Rangueil
Neurologie	M. GUIRAUD-CHAUMEL	Purpan
O.R.L.	M. LACOMME	Purpan
Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie Plastique	M. UTHEZA G.	Purpan
Parasitologie	M. LARROUY	Purpan
Pédiatrie Génétique Médicale	M. ROCHICCIOLI	Rangueil
Pneumo-Phtisiologie	M. ALBAREDE J.-L.	Purpan
Pneumo-Phtisiologie	M. JOVER	Rangueil
Physiologie	M. PAGES B.	Purpan
Psychiatrie	M. MORON P.	Rangueil
Radiologie	M. COMBES P.	Purpan
Radiologie	M. PUTOIS	Purpan
Rhumatologie	M. FOURNIE A.	Purpan
Thérapeutique, Réanimation Médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie	M. SALVADOR M.	Purpan
Urologie	M. PONTONNIER F.	Purpan

AGREGES LIBRES

Chirurgie Générale	M. SOUQUET	Purpan
Pathologie Expérimentale	M. GLEIZES	Purpan
Obstétrique	M. ESPAGNO G.	Rangueil

ADMINISTRATION

Secrétaire Général de l'Université	M. PRINEAU

Liste arrêtée le 17-10-1973.

L'Université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats (Délibération en date du 12 Mai 1891).

UNIVERSITÉ PAUL SABATIER - TOULOUSE
U. E. R. DES SCIENCES MÉDICALES

ANNÉE 1973-1974 THÈSE N° 102

Aspect actuel et traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine
DIPLOME D'ETAT

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1974
par

SABADIE Jean-Claude

Membres du Jury :
- MM. CLAUX — Président
- LACOMME, ALBAREDE, GLEIZES — Assesseurs
- COLL — Suppléant

A mes parents

A ma femme

A Christine

A mes beaux-parents

A ma famille

A mes amis

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur J. CLAUX

Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique
et de Chirurgie Maxillo-Faciale
Chirurgien des Hôpitaux

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait de nous avoir confié ce travail, pour avoir accepté la présidence de notre Jury de Thèse et pour l'enseignement que nous avons reçu de lui.

A NOTRE JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur Y. LACOMME

Maître de Conférences agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie
Spécialiste des Hôpitaux

Vous nous faites le très grand honneur de juger notre thèse.

Vous nous avez prodigué votre enseignement avec clarté.

Permettez-nous de vous remercier et de vous assurer de notre déférente considération.

Monsieur le Professeur J.-L. ALBAREDE

Maître de Conférences agrégé de Pneumophtisiologie
Médecin des Hôpitaux

Nous sommes très honorés par votre présence à notre Jury de Thèse.

Veuillez croire à notre vive et respectueuse reconnaissance.

Monsieur le Professeur L. GLEIZES

Professeur agrégé de Pathologie Expérimentale

Nous avons eu le privilège de bénéficier de votre enseignement à la Faculté.

Vous avez très aimablement accepté de siéger parmi nos juges.

Nous sommes heureux de pouvoir vous exprimer notre sincère gratitude et notre respectueuse admiration.

Monsieur le Docteur J. COLL

Chargé de Cours à la Faculté

Vous avez accepté de juger notre travail.

Vous nous avez quotidiennement témoigné votre intérêt et dispensé votre enseignement.

Nous tenons à vous manifester notre gratitude et notre respect.

A Messieurs les Docteurs

A. JULIAN et J. PLANTADE

Assistants des Hôpitaux

Pour les conseils et les encouragements journaliers qu'ils ont bien voulu nous témoigner.

Aux Médecins et à mes amis

de la clinique ORL

A Monsieur le Docteur M. MASQUÈRE

Sa grande expérience de médecin me servira de guide dans ma future profession.

INTRODUCTION

Au cours de ce travail, nous allons retracer les grandes étapes de l'Histoire de la Tuberculose ganglionnaire cervicale, et situer le problème tel qu'il se pose à l'heure actuelle.

Nous tenterons de mettre en lumière certains points communs à tous ces malades, ceci dans un premier temps ; ensuite, nous aborderons la manière du traitement ainsi que le climat psychologique dans lequel cette action est menée.

La question qui va se poser est le problème du traitement. Envisageons-nous un traitement médical exclusif ? Ou préférons-nous lui associer un traitement chirurgical ?

C'est là une expérience à ses débuts, et à laquelle il manquera peut-être le recul suffisant. Elle va cependant nous permettre d'entrevoir une orientation dans nos conclusions.

PLAN GENERAL

PREMIERE PARTIE

I. - HISTORIQUE.

II. - GENERALITES.

- Antécédents.
- Age et sexe.
- Races et professions.
- Germes.
- Moyens de propagation du B.K.
- Terrain.

III. - ETUDE CLINIQUE.

A) Diagnostic clinique.

1° - Interrogatoire.

2° - Examen clinique.

Inspection.

Palpation.

B) Examens paracliniques.

1° - Tests tuberculiniques.

2° - Radiographie du cou.

3° - Lymphographie.

4° - Ponction ganglionnaire.

C) Formes cliniques.

1° - Adénopathies tuberculeuses contemporaines d'un chancre d'inoculation.

2° - Forme loco-régionale commune.

3° - Formes polyganglionnaires fébriles.

4° - Formes d'adénopathies tuberculeuses d'évolution maligne.

5° - Lymphome tuberculeux.

6° - Formes bactériologiques.

IV. - TRAITEMENT.

A) Traitement médical général.

1° - Médicaments tuberculostatiques.

2° - Règles générales du traitement médical.

3° - Surveillance du traitement.

4° - Traitements adjuvants.

- Traitement vitamino-calcique.
- Cure hélio-marine.

B) Traitement local.

1° - Les radiations.

2° - Les ponctions et injections in situ.

C) Traitement chirurgical.

1° - Généralités.

2° - Arguments de la chirurgie.

3° - Modalités techniques.

4° - Indications du traitement chirurgical.

DEUXIEME PARTIE

ETUDE DES OBSERVATIONS CLINIQUES.

Remarques préalables.

1° - Etude clinique.

2° - Etude bactériologique et anatomo-pathologique.

3° - Etude thérapeutique.

- Traitement par voie générale.
- Traitement local associé au traitement général.
- Traitement chirurgical.

4° - Etude des récidives.

Conclusion.

Bibliographie.

Première partie

I. - HISTORIQUE

Depuis les mémorables expériences de VILLEMIN en 1865, et la découverte de KOCH en 1882, on sait que la tuberculose est une maladie infectieuse, et on connaît le germe responsable. D'ailleurs, d'innombrables travaux ont été consacrés au Bacille de KOCH et aux mycobactéries.

Si on se réfère aux travaux faits par COLLET en 1913, on s'aperçoit que les localisations tuberculeuses au niveau des ganglions du cou se sont considérablement transformées et les aspects cliniques de cette Tuberculose ganglionnaire deviennent actuellement pratiquement méconnaissables vis-à-vis de ceux qu'il a décrits.

Pendant cette période tout avait été vu et étudié, mais le dépistage précoce de la Tuberculose, sa prophylaxie, et surtout les moyens thérapeutiques mis en œuvre par la découverte de la streptomycine, ont, pour ainsi dire, éliminé une partie des formes que prenait la Tuberculose ganglionnaire cervicale et qui étaient observées alors, on pensait même que la Tuberculose était vaincue.

En 1944, la Tuberculose change de forme grâce à la découverte de la streptomycine qui n'est apparue en France qu'en 1946.

Avant 1944, le Bacille avait toute sa virulence, rien ne s'y opposait, malgré un dépistage plus précoce, grâce à une organisation meilleure du radio-diagnostic et à la découverte de la Vaccination par CALMETTE, mais les lésions étaient toujours les mêmes.

Un progrès considérable a donc été fait en 1946 avec l'utilisation de la streptomycine qui a transformé à la fois, et le pronostic et l'évolution de la maladie Tuberculeuse.

Celle-ci évoluait déjà, souvent vers la guérison, mais laissait derrière elle des séquelles non négligeables.

1952 a vu l'apparition de l'ISONIAZIDE et la nécessité des associations antibiotiques.

Ces thérapeutiques médicales si efficaces sur les lésions muqueuses, et en particulier les lésions pharyngées, n'ont toutefois pas encore résolu tous les problèmes, en particulier celui qui nous concerne, celui des localisations ganglionnaires cervicales.

En effet, ces lésions ganglionnaires constituent une véritable maladie loco-régionale, considérées autrefois comme relativement bénignes, mais, à vrai dire, ces ganglions restent souvent un réservoir de bacilles pouvant devenir dangereux un jour ou l'autre.

Il est donc très important de s'attaquer à ces foyers par les moyens thérapeutiques les plus efficaces dont nous pouvons disposer.

C'est de nos jours le grand mérite des associations antibiotiques modernes, que d'avoir permis, et ce avec un minimum de risques, la cure chirurgicale ganglionnaire.

II. - GENERALITES

Antécédents :

Il est à noter que, d'une manière générale, nous retrouvons des antécédents tuberculeux dans 20 % des cas.

Ages et sexe :

Le sexe et l'âge n'interviennent pas directement sur la fréquence, mais cependant la répartition peut varier chez les hommes et les femmes en fonction de leur âge.

Races et professions :

D'après de nombreux travaux effectués par différents auteurs, et sur un nombre important de cas étudiés, on retrouve 45 % de sujets d'immigration, de Nord-africains en particulier.

Les professions les plus concernées sont celles touchant les employés du Bâtiment tels que terrassiers, maçons, manœuvres.

Germes :

Plusieurs variétés de bacilles peuvent être responsables de la Tuberculose ganglionnaire cervicale : le bacille humain, le bacille bovin.

La distinction entre ces deux bacilles n'est pas d'une grande conséquence pratique et on n'arrive qu'avec difficulté à en faire la distinction. Certains auteurs ont montré que le passage d'une forme à une autre était possible dans l'organisme ; cependant, en théorie, c'est la porte d'entrée qui les différencie.

Le bacille bovin, ou mycobactérium bovis, pénètre par voie digestive, bucco-pharynx et, dans ce cas, on considère la localisation ganglionnaire cervicale comme une manifestation de primo-infection ; le chancre d'inoculation étant régional.

Le bacille type humain trouve le plus souvent sa porte d'entrée dans les voies respiratoires. Le chancre d'inoculation est pulmonaire. Les ganglions satellites sont les ganglions trachéo-bronchiques et restent souvent au deuxième plan. Toutefois, l'envahissement ganglionnaire peut s'observer à une phase ultérieure, dans le domaine cervical. Mais là, son caractère est nettement secondaire par rapport au complexe de primo-infection.

Moyens de propagation du B.K. :

L'infection tuberculeuse se fait essentiellement à l'occasion d'une inhalation de poussières contenant des éléments bacillifères. C'est ainsi que les individus qui travaillent en groupe peuvent être contaminés grâce à la présence d'un seul porteur de germes. C'est vrai à l'école, à l'atelier, dans les bureaux. Les cultivateurs se tuberculisaient surtout à la caserne, c'était souvent pour eux le premier contact avec la vie moderne. Actuellement, les grands ensembles scolaires ou professionnels, les voyages organisés, pèlerinages, vacances groupées, immigrations, brassent tous les hommes qu'ils soient citadins ou campagnards, entraînant obligatoirement plus de contacts, donc plus de risques de contamination (TAILLENS).

Le contact direct aussi n'est pas négligeable : infection par voie salivaire, par la vaisselle, par les objets.

Il y a enfin le contage par ingestion : ainsi le lait crû peut transmettre la Tuberculose bovine (ZELLER).

Le Terrain :

Chez le nourrisson : Elle est très rare dans sa forme isolée ; ce sont généralement des formes graves de Tuberculose.

Chez l'enfant : La Tuberculose ganglionnaire cervicale s'observe avec prédilection chez l'enfant et relève fréquemment d'un chancre d'inoculation bucco-pharyngé, plus rarement d'un chancre cutané. Elle appartient ainsi au complexe primaire.

Chez l'adulte : Dans le cas des adultes, la Tuberculose ganglionnaire cervicale est plus rarement contemporaine de la phase d'allergisation. La notion de primo-infection est plus ancienne et l'on peut en retrouver les traces radiologiques au niveau du thorax.

La localisation souvent cervicale basse des adénopathies plaide pour une extension des lésions à partir des ganglions médiastinaux primitivement atteints.

Cette forme s'observe avec une très grande fréquence dans certaines races : Musulmans, Nord-africains, Noirs (MARCHAL).

Cependant, actuellement, dans un nombre de cas important, il s'agit d'adénopathies souvent isolées.

III. - **CLINIQUE**

Comment arriverons-nous au diagnostic de Tuberculose cervicale ? La nature tuberculeuse du ganglion n'est pas toujours aisée.

Il s'agit tout d'abord de trouver des arguments cliniques et biologiques qui finissent par former un faisceau de présomptions très évocateur et d'apporter la preuve irréfutable de la maladie.

A) **Diagnostic clinique.**

1°) **Interrogatoire.**

L'interrogatoire du malade et de son entourage est un temps capital. Il va permettre l'étude de l'anamnèse et des symptômes.

Cet interrogatoire très complet précisera les antécédents personnels du malade : recherche de la date du virage des réactions tuberculiniques, de la notion d'une vaccination par le B.C.G., ou encore de la date de la dernière cuti-réaction négative. On demandera s'il y a eu des manifestations tuberculeuses antérieures, si une radiographie du thorax a été pratiquée (ARDOUIN). Se renseigner sur le moment d'apparition de ces adénopathies afin de savoir si dans les semaines ou les mois qui ont précédé cette apparition, il y a eu une asthénie notable, un amaigrissement, une perte d'appétit, une poussée de fièvre inexpliquée, des manifestations bucco-pharyngées, des troubles digestifs.

On interrogera le malade sur la présence de tousseurs et de cracheurs dans son entourage afin de procéder à leur examen.

Il ne faudra pas omettre de demander s'il y a eu un séjour récent à la campagne et si du lait crû a été consommé.

La douleur doit être notée ; elle est en général accompagnée de signes inflammatoires, mais ce n'est pas constant.

Cette douleur peut être spontanée, permanente, ou ne survenir qu'à la pression.

2°) **Examen clinique.**

- Inspection :

Un examen clinique complet est indispensable. Il faudra examiner la cavité buccale, en particulier les arcades dentaires, l'oropharynx et le nasopharynx, regarder si cette adénopathie s'accompagne de signes inflammatoires. Rougeur, chaleur accompagnent le plus souvent ces adénites, de même que l'œdème et l'infiltration de la peau. Mais ce cortège peut manquer pour des ganglions néanmoins suppurés.

- Palpation :

On établira les caractères des adénopathies, et principalement ceux de l'adénopathie principale.

A la palpation on recherchera s'il y a péri-adénite, si le ganglion adhère à la peau et aux plans profonds, on se rendra compte de l'état de ces téguments en regard du ganglion.

La consistance des adénopathies doit être appréciée soigneusement, certains ganglions sont fermes, élastiques, d'autres sont durs, roulant sous le doigt. D'autres adénopathies enfin sont ramollies, fluctuantes : c'est le cas des adénites tuberculeuses au stade de crudité, et où le ramollissement avec fluctuation présage la suppuration.

On fera une investigation complète de toutes les chaînes ganglionnaires du cou, du côté atteint, et du côté opposé.

En effet, ces adénopathies sont très diversement réparties, elles peuvent être superficielles ou profondes, généralisées ou loco-régionales.

Les divers territoires superficiels habituels peuvent être atteints : région sous-maxillaire, chaîne carotidienne, creux sus-claviculaire.

Certaines localisations sont considérées comme *classiques* de la Tuberculose :

- Les ganglions de la chaîne faciale.

- Les ganglions parotidiens.

Les ganglions pathologiques se développent souvent, en plus des zones ci-dessus, en des territoires moins habituels ou même insolites : occiput et cuir chevelu, région sous-mentale et pré-tragienne.

La taille des ganglions mérite attention. On compare habituellement la taille des ganglions tuméfiés à celle de divers objets courants : grains de plomb, pois, datte, olive, cerise, prune, œuf.

Parfois, nous palperons, soit des microadénopathies, soit des macroadénopathies.

Mais, plus important que ces mensurations est d'estimer les ganglions découverts à la palpation. On peut alors se poser la question suivante : s'agit-il vraiment d'adénopathies tuberculeuses ?

Dans ce temps clinique qu'est la palpation, il faudra se méfier car, tout ganglion apparaît d'autant plus qu'il siège sur des sujets maigres, habitués aux sports, et aux exercices physiques violents.

De même, trop souvent, des sujets, et leurs médecins également, s'inquiètent pour des ganglions cervicaux tout à fait négligeables. Ceci se trouve fréquemment chez les jeunes enfants dont les ganglions cervicaux sont souvent aisément palpables. Un tel développement du tissu lymphoïde, ou lymphatisme, correspond à une activité physiologique propre à cet âge, ce ne sont pas de véritables adénopathies.

Pour terminer, on n'oubliera pas d'examiner le creux axillaire et la région inguinale, de rechercher une splénomégalie, de faire un examen clinique complet des différents appareils (BECADE).

B) **Examens paracliniques.**

On demandera des examens complémentaires car, outre l'étude des réactions cutanées à la tuberculine devant toute adénopathie cervicale, il est nécessaire de faire pour le moins

une radiographie du thorax, un hémogramme, une vitesse de sédimentation, et une électrophorèse.

1°) Tests cutanés tuberculiniques.

L'examen des réactions cutanées à la tuberculine présente un très grand intérêt dans toutes les formes de tuberculose ganglionnaire car, la réaction tuberculinique y est particulièrement élevée.

- Méthodes :

Plusieurs méthodes peuvent étudier la sesnsibilité à la tuberculine : la cuti-réaction, l'intra-dermo réaction, la percuti-réaction, les timbres tuberculiniques et la bague tuberculinique.

La cuti-réaction : C'est la méthode la plus ancienne, elle est très simple mais doit être effectuée avec rigueur. La lecture a lieu environ 72 heures plus tard et se fait « à l'œil et au doigt ». Si la réaction est positive, on observe une rougeur et une induration.

L'intra-dermo réaction : On utilise la tuberculine préparée à trois concentrations, 3, 10 et 50 unités pour 0,10 ml et livrée sous forme lyophilisée avec une ampoule de solvant.

La lecture sera faite au bout de 72 heures. Si la réaction est positive, on observe une papule rosée et indurée d'un diamètre égal ou supérieur à 5 mm.

Devant une adénopathie, c'est-à-dire dans un cas où l'on est susceptible d'observer une forte réaction, il est prudent de commencer par une I.D.R. à 3 u.

Percuti-réaction : Elle n'est, à l'heure actuelle, plus employée.

Timbres tuberculiniques : Les timbres tuberculiniques sont acceptables dans le cadre de la médecine scolaire pour des enfants de moins de 12 ans. *Ils ne doivent jamais être employés pour le diagnostic* d'un état pathologique qui est soumis à de trop nombreuses causes d'erreur.

Bague tuberculinique ou Mono-test : C'est un excellent procédé.

Si la réaction est positive, on observe une papule plus ou moins importante suivant son intensité. La réaction est toujours nette et franche.

Il a été observé, d'après les travaux de CANETTI, BONNEVIE et WITH que la réactivité ganglionnaire était extrêmement élevée. Elle se situe dans le groupe des tuberculoses très fortement sensibilisantes.

Par conséquent, les réactions tuberculiniques ont une très grande valeur dans le diagnostic de la tuberculose ganglionnaire. En effet, l'intensité des réactions y est souvent remarquable. D'autre part, la notion de virage lorsqu'elle est certaine, permet de différencier une tuberculose d'une primo-infection.

2°) La radiographie du cou.

Elle nous permettra de retrouver l'un des signes caractéristique de la tuberculose ganglionnaire : l'existence de calcifications.

Ces calcifications s'expliquent par l'évolution anatomopathologique des foyers de tuberculose ganglionnaire.

La pathogénie de cette calcification, son électivité pour la tuberculose sont connues.

En pratique, calcification égale tuberculose. Il faudra cependant se méfier et éliminer les goitres calcifiés, les calcifications artérielles, les calcifications des calculs salivaires et des cartilages laryngés qui se reconnaissent de par leur localisation.

Le seul problème vraiment ambigu est celui posé par les métastases ganglionnaires de certains épithéliomas thyroïdiens qui peuvent se calcifier.

Les délais d'apparition de ces calcifications sont très variables. Pour certains auteurs, il serait de 4 ans ; pour la majorité de 2 à 3 ans. On relève même des cas où ce délai est de 4 mois seulement.

Dans les formes les plus nécrotiques, et surtout dans les formes fistulisées, les calcifications sont les plus nettes. Il faut savoir que la présence de calcifications ne signifie pas guérison

qui reste incomplète et ne met pas à l'abri de poussées inflammatoires. L'existence de calcifications ganglionnaires affirme le diagnostic de tuberculose, par contre, l'absence ne l'infirme pas et, dans ce cas, nous pouvons être en face d'une forme ou trop récente, ou peu nécrosante.

3°) La lymphographie.

De technique très difficile du fait de la difficulté à cathétériser un lymphatique, cette méthode n'a pu, à l'heure actuelle, être effectuée convenablement. C'est cependant par elle que prendra le départ de recherches futures.

4°) La ponction ganglionnaire.

Elle occupe de nos jours une place de premier plan dans l'arsenal des moyens diagnostiques des ganglions tuberculeux cervicaux.

Son intérêt est double : bactériologique et cytologique.

La présence de pus est mise en évidence dans les formes ramollies, ainsi que les germes en cause. Ceci permet une étude approfondie, tant en ce qui concerne leur type que leur résistance aux antibiotiques habituels.

Actuellement, la mise au point dans l'interprétation des frottis cytologiques a donné une orientation diagnostique valable. . .

Dans certains cas il existe des signes cliniques de collection liquidienne et le diagnostic de collection d'origine tuberculeuse est vraisemblable.

Il faudra ponctionner de façon très stricte :

- ponction non déclive et située à quelque distance de la masse.

En général on ramène du pus, soit grumeleux, soit liquide, accompagné de débris caséeux, ou encore d'aspect banal.

En principe, le pus ponctionné ne contient aucun germe. Ce pus stérile est évocateur d'une tuberculose. Il est toujours nécessaire de demander en association, et une culture, et l'inoculation au cobaye.

La culture est faite en milieu de Lowenstein, elle pousse en 2 à 3 semaines.

L'inoculation au cobaye est faite par injection sous-cutanée. Elle va déterminer, au 10me jour, l'apparition d'un nodule ou chancre d'inoculation qui s'ouvira à l'extérieur et donnera issue à un pus caséeux. L'examen de l'animal montrera une atteinte de tous les ganglions, rate, foie, poumons qui sont infiltrés de multiples nodules tuberculeux, riches en bacille de Koch.

L'inoculation au cobaye est la preuve formelle de la nature tuberculeuse de l'affection.

Dans un autre cas, nous sommes en présence d'une masse non ramollie et la tuberculose n'est pas suspectée.

Il faut faire une ponction avec étalement du suc ganglionnaire recueilli, et une analyse cytologique de cet étalement.

C'est la ponction cytologique. L'interprétation du frottis implique un long entraînement et beaucoup de prudence.

Dans cet exemple de ponction, comme condition, choisir un ganglion de taille moyenne, situé en superficie On mobilise le ganglion entre deux doigts, on emploie une aiguille à biseau long de 6 ou 7/10me de mm et une seringue de 20 ou 30 cm^3. Dans un premier temps, on franchit la peau, puis la capsule ganglionnaire. On répète plusieurs fois la ponction.

Le suc ganglionnaire prélevé est étalé sur lame. Le cytologiste pourra déceler des amas de lymphocytes adultes et jeunes, isolés ou associés à des cellules réticulaires. Le diagnostic sera orienté par la présence de cellules épithélioïdes, et cellules de Langhans.

5°) **La biopsie ganglionnaire.**

Son importance est capitale dans le diagnostic étiologique des adénopathies. Théoriquement, tout ganglion pourrait être prélevé par biopsie, mais ceci nécessite une intervention chirurgicale, parfois non négligeable, et qui risque de laisser une cicatrice inesthétique. Lorsque son résultat n'est pas concluant, il est parfois difficile de faire admettre au malade un second prélèvement. Aussi, à notre avis, ne recourir à la biopsie qu'à échec de la simple ponction.

Encore faut-il observer certaines précautions. Il est préférable de ne pas biopsier un ganglion sitôt après son apparition, les lésions risquant de ne pas avoir atteint leur pleine évolution. Il est préférable de ne pas prélever un ganglion récemment ponctionné, la ponction pouvant créer une zone de nécrose. Enfin, il faut biopsier un ganglion avant et non après lymphographie, cette dernière pouvant occasionner des lésions à type de granulome par corps étranger.

Il est précieux de récolter le ganglion frais et stérile ; on pourra en conserver une partie au réfrigérateur, ce qui donnera la possibilité retardée de procéder à des examens bactériologiques : cultures et inoculation.

La pièce étant coupée, il faudra en faire aussitôt des appositions ou décalques sur des lames, à colorer par la méthode de MAY-GRUNMALD-GIEMSA ou d'autres procédés. L'examen de ces décalques recoupera utilement les renseignements fournis par la ponction et par la biopsie.

Enfin, comme pour les frottis de ponction, la lecture des coupes de biopsie ganglionnaire ne sera confiée qu'à un anatomo-pathologiste très compétent. Le diagnostic histologique des lésions ganglionnaires étant en effet souvent très difficile.

C) **Les Formes Cliniques.**

La tuberculose des ganglions du cou revêt, à l'heure actuelle une grande diversité. C'est pour cela qu'après avoir décrit chacun d'eux, il nous faudra mettre quelques mots sur le diagnostic différentiel.

1°) **Adénopathie tuberculeuse contemporaine d'un chancre d'inoculation cutané ou muqueux.**

Elle représente les cas les plus typiques des ganglions tuberculeux de primo-infection. Cliniquement, nous sommes en présence d'une personne qui vient de virer ses réactions tuberculiniques et qui présente une adénopathie cervicale d'apparition récente, ferme, mobile, soit monoganglionnaire, soit polyganglionnaire.

Cette adénopathie est localisée pour chaque localisation de primo-infection, et ne se trouvera que sur le premier ganglion, relais de la voie lymphatique drainant la région en cause.

Cependant ce n'est que très rarement que l'on peut découvrir en clinique le chancre d'inoculation. Le plus souvent, on le rencontre au niveau de la gencive, car il évolue rapidement vers la résorption, et ce sont les manifestations ganglionnaires qui elles ont tendance à s'étendre et à s'organiser.

2°) **Forme loco-régionale commune.**

C'est la forme que l'on rencontre le plus fréquemment, les ganglions passeront par 5 phases.

Cependant, nous pourrons examiner ces ganglions, qu'ils soient tous à la même phase ou à des phases différentes.

- *Phase de crudité :* A l'examen on trouve 2 ou 3 ganglions mobiles, fermes, hypertrophiés, peu ou non douloureux, situés en des points variables du cou.

- *Phase de périadénite :* L'examen met en évidence une masse formée par plusieurs ganglions adhérents entre-eux.

- *Phase de ramollissement et d'abcèdation :* C'est un épisode finalement très précose, qui ne sera perceptible que plus tard à la palpation. A ce stade le phénomène le plus important est la formation des abcès froids.

- *Phase de fistulisation :* La peau s'amincit et se cyanose, aboutissant à une fistule, par où s'écoule un pus grumeleux. En l'absence de traitement, l'évolution se fera, soit vers la cicatrisation, ou un mélange des deux : les écrouelles.

- *Phase de cicatrisation :* C'est la période des cicatrices disgracieuses, rétractiles ou chéloïdiennes. Cette forme d'adénopathie tuberculeuse sera à différencier principalement des adénopathies d'infection dentaire, d'un épithélioma, de la maladie de HODGKIN, de la maladie de BESNIER - BOECK - SCHAUMANN, des sarcomes des ganglions lymphatiques du cou, des leucoses lymphoïdes chroniques et de certaines tumeurs cervicales du cou.

3°) **Formes polyganglionnaires fébriles.**

Sous le nom de lymphadénie tuberculeuse, elles sont fréquentes.

C'est une forme de l'adulte, avec absence de tout antécédent tuberculeux. En clinique, il y a apparition d'adénopathies cervicales multiples, la bilatéralité est la règle. Le volume de ces ganglions est modéré, ils sont fermes, groupés en placards polylobés. La fièvre est constante, oscillant entre 38° et 39° c.

4°) **Les adénopathies cervicales tuberculeuses d'évolution maligne.**

Récemment décrites, ces formes à marche rapide surviennent au cours des tuberculoses miliaires aiguës. L'évolution en est hautement fébrile. Le placard ganglionnaire est étendu, très rapidement adhérent, vite ulcéré. Il ne s'agit plus d'une fistule simple, mais d'une large ulcération phagédénique donnant issue à un pus richement bacillifère. Le pronostic en est sévère, non pas seulement par l'association à la miliaire, mais par l'évolution locale propre, car ces formes sont particulièrement résistantes au traitement.

5°) **Le lymphome tuberculeux.**

L'adénopathie tuberculeuse cervicale peut parfois cesser de progresser avant la période de ramollissement et demeurer longtemps stationnaire, c'est le lymphome tuberculeux. Elle ne s'accompagne pas de péri-adénite ni de phénomènes inflammatoires. Les ganglions restent mobiles, séparés, indolores. L'état général est peu touché. La forte positivité de la cuti-réaction et l'accélération de la sédimentation constituent les meilleurs indices pour un diagnostic qui reste difficile en dehors de la biopsie ganglionnaire.

La simple ponction ganglionnaire est en effet rarement significative : l'étalement montrant seulement des lymphocytes et quelques cellules réticulaires.

Tardivement ces ganglions peuvent évoluer vers le ramollissement lors d'un fléchissement de l'état général, mais, plus souvent, et sous l'influence du traitement ils finissent par régresser en laissant un chapelet de petits nodules sclérosés ou même calcifiés.

6°) **Les formes bactériologiques.**

Les adénites cervicales tuberculeuses sont dues le plus souvent au bacille tuberculeux humain : le mycobactérium tuberculosis, et, aussi dans une proportion qui est loin d'être négligeable, au bacille bovin ou mycobactérium bovis, comme nous l'avons déjà signalé.

Cliniquement, il n'y a aucune différence importante entre les adénites à bacilles bovins et celles à bacilles humains. Le problème est tout à fait différent en ce qui concerne les mycobactérioses ganglionnaires et les adénites du B. C. G. (CHRISTOL).

Dans les mycobactérioses ganglionnaires cervicales, l'âge est inférieur à 3 ans, sexe indifférent, le siège souvent prétragien, parfois mastoïdien ou sous-mental, plus fréquemment cervical.

On estime la porte d'entrée bucco-pharyngée lorsque l'adénite est cervicale, mais souvent celle-ci n'est pas retrouvée.

Un seul groupe ganglionnaire est intéressé, l'atteinte est unilatérale, on retrouve parfois des manifestations parotidiennes.

Les réactions cutanées à la tuberculine sont généralement positives.

Il est très difficile, au prime abord, de distinguer une mycobactériose ganglionnaire d'une adénite tuberculeuse. Il s'agit en effet d'une adénite froide, indolente, se ramollissant au bout de deux ou trois mois. La ponction ramenant du pus où des bacilles acido-alcoolo résistants sont observés à l'examen direct. Sous traitement, ou l'adénite se résorbe, ou se fistulise. Cette fistule se tarit au bout d'un an, époque où l'enfant est guéri.

Les adénites suppurées sont la seule complication de la vaccination par B.C.G. A l'heure actuelle, ce sont des cas très rares.

On peut affirmer que les adénites cervicales, conséquence de la vaccination par le B.C.G., sont exceptionnelles.

IV. - **TRAITEMENT**

A) **Traitement Médical Général.**

Toute tuberculose ganglionnaire cervicale doit être traitée, et les règles générales du traitement sont les mêmes qu'elles que soient la localisation et la forme de l'infection.

Le choix des médicaments doit tenir compte :

- de leur activité : il est capital, en effet, d'utiliser les médicaments les plus actifs.

- de leurs éventuels effets secondaires.

Les grandes règles de la polychimiothérapie sont admises par tous : dans la première phase du traitement, association de plusieurs drogues moyennes, à doses efficaces. Ce traitement d'attaque sera poursuivi au moins jusqu'aux résultats de l'antibiogramme.

Ceux-ci permettront d'adapter l'antibiothérapie en fonction de la sensibilité des germes, tout en tenant compte de l'évolution chez chaque malade.

Aujourd'hui, le traitement de la Tuberculose ganglionnaire cervicale paraît être dominé par l'antibiothérapie (BROCARD).

1°) **Médicaments tuberculostatiques.**

Bien que très nombreux, et de valeur inégale, ces médicaments antibacillaires imposent la connaissance approximative d'une certaine hiérarchie fondée sur l'expérimentation et la clinique.

Il est en effet capital d'utiliser au cours des traitements initiaux les médicaments les plus actifs. Les antibacillaires de second ordre ne pouvant être justifiés que dans les traitements de relais pour une relance thérapeutique.

Deux antibiotiques majeurs doivent être détachés : la rifampicine et l'isoniazide.

Sont considérés comme très actifs, la streptomycine, l'éthambutol et les thioamides.

Les antibiotiques suffisamment actifs et précieux dans des situations difficiles : la kanamycine, la cyclosérine, la capréomycine et la viomycine.

Dans le groupe des antibiotiques accessoires se situent : l'acide para-amino-salicylique, le pyrazinamide, les thiosemicarbazones et le thiocarbanilide.

A côté de leur valeur antibacillaire intrinsèque, il peut intervenir dans le choix des médicaments la tolérance clinique de chacun d'entre-eux. Tous les médicaments antibacillaires, à des degrès divers, peuvent être à l'origine d'effets secondaires, parfois graves, qu'il convient de connaître et de surveiller au cours du traitement.

Il faut également connaître la posologie efficace de ces divers antibacillaires, attestée par les recherches expérimentales et l'expérience clinique. Ces posologies permettent, dans la presque totalité des cas, d'obtenir le résultat désiré. Car, descendre au-dessous fait encourir le risque d'une sélection de germes résistants, et les surdosages peuvent être à l'origine d'effets secondaires qui obligent à des arrêts plus ou moins prolongés, ou à des changements de médicaments toujours préjudiciables, surtout au début des traitements. Au cours des traitements ambulatoires, l'interruption de l'un des antibiotiques, à l'insu du medecin, est plus grave encore (LAVAL et ARMANET).

- Les posologies :

« Moyennes », efficaces, généralement admises et journalières, sont les suivantes pour un traitement continu :

- La Rifampicine : 0,600 g.
- L'Isoniazide : 7 ou 8 mg/kg, c'est l'I.N.H. commercialisé sous le nom de Rimifon.
- Streptomycine : 1 gramme chez l'homme, et 0,25 à 0,75 g. chez l'enfant.
- L'Ethambutol : 1 g. à 1,25 g.
- Les thiamides : 0,75 g. à 1 g., c'est le Trécator.

- La Kanamycine, la cyclosérine, la capréomycine et la viomycine : 1 g. à raison de 3 à 4 fois par semaine.

- L'Acide para-amino-salicylique : 15 g. dans 500 ml de solvant.

- La Pyrazinamide : 1 à 2 g.

- Les Thiosemicarbazones : 0,500 g.

- Le Thiocarbanilide : 3 à 6 g.

La plupart de ces médicaments sont administrés par voie orale, certains d'entre eux pouvant être également administrés par voie parentérale en injection intra-veineuse. La voie parentérale exclusive est obligatoire pour la Streptomycine, la Kanamycine, la Capréomycine et la Viomycine. Il est actuellement démontré qu'une « prise unique » et simultanée des médicaments par 24 heures, chaque fois qu'elle est possible est plus efficace que le fractionnement dans le nycthémère en raison de l'allongement du temps de concentration efficace.

Dans le cas des traitements intermittents, bi-hebdomadaires ou tri-hebdomadaires, les posologies peuvent être supérieures à celles des traitements quotidiens, sans que pour autant la dose hebdomadaire totale soit égale à celle des traitements quotidiens, ceci pour des raisons de tolérance.

Cependant il importe certaines règles.

2°) **Règles générales du traitement médical.**

- Toutes les formes de Tuberculose ganglionnaire cervicale doivent être traitées.

- Le traitement doit être de longue durée.

Avant l'introduction de la Rifampicine en thérapeutique, les traitements, d'un avis général, devaient s'étendre au moins sur une année souvent pendant dix huit mois. Les arguments en faveur des traitements prolongés étaient d'ordre expérimental et clinique. Les traitements de courte durée étaient cause de rechute avec le risque de sélection de mutants résistants. Il faut considérer en outre que c'est lors de son premier emploi qu'un tuberculostatique agit avec le maximum de possibilités.

- Durée du traitement.

On peut d'ores et déjà admettre définitivement et sans réserve la généralisation des traitements intermittents. D'une part, parce que l'on ne dispose pas encore d'un recul suffisant quant à l'incidence des rechutes à distance. D'autre part, parce qu'un certain nombre de recherches expérimentales et d'enquêtes cliniques tendent à montrer la supériorité d'un traitement continu initial de deux à trois mois, avant la mise en œuvre d'un traitement intermittent.

Ces faits sont aisément explicables lorsque initialement la maladie est richement bacillifère ; alors qu'après deux à trois mois d'une destruction microbienne majeure l'intermittence du traitement peut intervenir sans grand risque. Il est très possible, au contraire, qu'un traitement d'emblée intermittent puisse suffire dans les formes paucibacillaires au début.

Ici encore, comme pour le problème du raccourcissement de la durée du traitement, un recul d'observation suffisamment long s'impose avant de prendre des positions définitives. On ne peut oublier qu'on possède actuellement, avec des moyens plus astraignants, la possibilité de guérir l'immense majorité des malades.

- Le traitement doit être un traitement complet.

Il doit associer pendant une première phase deux ou trois antibiotiques majeurs. L'intérêt de cette association est de constituer un traitement polyvalent susceptible d'agir sur les mutants résistants dont les possibilités de survie à trois antibiotiques d'action différente ne constitue qu'un risque statistiquement négligeable. L'expérimentation et la clinique ont montré que la règle de ces associations doit être formelle. On ne peut que proscrire totalement une monothérapie qui aboutit à la sélection de mutants résistants.

- Les doses utilisées pour chaque médicament doivent être des doses efficaces.

Cela découle du sens de la polychimiothérapie. Il n'y a pas sommation d'action des antibacillaires mais une action croisée sur les germes résistants qui auront un minimum de chances d'émerger s'il existe une antibiothérapie mixte. Si la dose active d'un médicament n'est pas supportée par le malade, il ne convient pas de la réduire mais de changer d'antibiotique. Il y a, en effet, dans une certaine mesure et jusqu'à un certain taux,

une proportionnalité entre la dose et l'activité de l'antibiotique. On ne doit pas descendre, en aucun cas, au-dessous de la dose de 5 milligrammes par kilo en ce qui concerne l'Isoniazide.

- Modalités du traitement.

Actuellement, est adopté le schéma suivant, avec variantes, qui comporte deux étapes :

Un traitement d'attaque de 12 semaines mettant en œuvre trois antibiotiques, suivi d'un traitement prolongé allégé.

a) *Le traitement d'attaque,* de 90 jours, qui permet de connaître pendant ce délai les résultats de l'antibiogramme effectué sur la culture initiale, doit comporter trois médicaments antibacillaires parmi les plus actifs.

Une association commune est celle de la rifampicine isoniazide et streptomycine. Il est probable que l'éthambutol, quoique non bactéricide aux doses usuelles, puisse être substitué à la streptomycine. Quotidiennement le malade doit recevoir :

- de la rifampicine à la dose de 600 mg par 24 heures.
- de l'isoniazide à la dose de 7 à 8 mg/kg pour éviter les effets secondaires qu'entraînent souvent des doses plus élevées.
- Enfin, streptomycine ou éthambutol : streptomycine à la dose de 1 gramme en une injection intramusculaire chaque jour ou éthambutol à la dose de 1,25 g ou 1 g par jour.

b) *Le traitement continu prolongé* qui fait suite ne peut être modifié qu'après connaissance des résultats de l'antibiogramme, afin d'être toujours assuré contre les résistances primaires éventuelles. Après le 3^{me} mois, si les investigations bactériologiques sont négatives, le traitement associant seulement deux antibiotiques actifs est suffisant.

On peut adopter, par exemple, un traitement quotidien de rifampicine et d'isoniazide associés aux mêmes doses que précédemment, en une prise unique si possible ou par prises fractionnées, si nécessaire, pour des raisons de tolérance.

Un autre traitement peut être constitué d'isoniazide à la même dose quotidienne, associé à une injection de streptomycine à raison de 1 gramme trois fois par semaine.

Après le 6^{me} mois de traitement, il est possible, si l'amélioration clinique biologique bactériologique est rapide, d'utiliser un seul des antibiotiques majeurs, rifampicine ou isoniazide.

3°) **Surveillance du traitement.**

Son but est double : d'une part, dépister à leur début les effets secondaires nocifs des médications et d'autre part, s'assurer de l'efficacité du traitement (BROCARD).

- Effets secondaires.

Il faut remarquer qu'ils surviennent souvent à l'occasion de doses supérieures à celles généralement reconnues efficaces.

Tout d'abord l'ISONIAZIDE :

Il peut être à l'origine de complications nerveuses, polynévrites et manifestations psychiques, qu'il est nécessaire de connaître pour interrompre le traitement suffisamment à temps. Leur substratum est une carence en vitamine B 6 dont le métabolisme est perturbé pour les posologies élevées, l'apport de vitamine B 6 peut être préventif, son action curatrice est plus aléatoire. Les posologies courantes n'appellent pas un apport en vitamine B 6.

La RIFAMPICINE :

Elle peut être à l'origine de troubles digestifs généralement mineurs et susceptibles d'être corrigés. Plus importants sont les ictères observés dans 3 à 5 % des cas. Leur nature n'est pas clairement élucidée, mais ils semblent relever dans la plupart des cas d'une compétition enzymatique au niveau de l'Hépatocyte ; cette interprétation n'excluant pas des facteurs de sensibilisation ou l'interférence avec le virus australia ictérigène chez un sujet porteur latent. A côté des ictères, des perturbations biologiques hépatiques sont assez fréquemment constatées : élévation des transaminases sériques et de la bilirubinémie, sans traduction clinique survenant le plus souvent dans les premiers mois du traitement et disparaissant en général en quelques semaines.

Il est à remarquer que la meilleure connaissance actuelle des facteurs favorisants tend à raréfier la survenue des complications hépatiques. Il y a lieu de retenir parmi ces facteurs : les altérations hépatiques antérieures, l'alcoolisme, les états cirrhotiques à divers degrés, les états cachectiques, l'âge avancé des malades, et les surdosages thérapeutiques.

- Les antibiotiques basiques d'origine fongique :

Streptomycine, kanamycine, viomycine, capréomycine, peuvent entraîner une atteinte de l'appareil cochléaire et des altérations rénales dans un petit pourcentage de cas ; il faut donc périodiquement vérifier par un audiogramme la tolérance cochléaire et par un examen d'urines, de l'azotémie, de la créatinine, l'absence de tout retentissement rénal.

- L'éthambutol :

Il a pour effet secondaire majeur la possibilité, dans un petit nombre de cas, de la perte ou de la diminution de l'acuité visuelle, heureusement réversible. Le signe préliminaire étant souvent une dychromatopsie pour le rouge et le vert. Il en découle la nécessité d'examiner l'acuité visuelle au début et en cours de traitement, tous les mois d'abord et ensuite, tous les deux mois.

Des polynévrites également réversibles, peuvent aussi survenir, mais rarement en l'absence de surdosage.

- Les Thioamides :

Ils entraînent des intolérances digestives majeures dans un grand nombre de cas, obligeant à interrompre le traitement.

Plus graves sont les troubles du métabolisme général par carences vitaminiques complexes en vitamines B 6 et PP essentiellement, entraînant des troubles psychiques parfois très graves, si elles ne sont pas décelées au début. On peut observer encore des syndromes douloureux articulaires importants.

- La Cyclosérine :

Elle provoque des troubles nerveux, essentiellement manifestations convulsives, même avec une posologie modérée et à un moindre degré des polynévrites.

- Le P.A.S. :

Per os, il entraîne très fréquemment des intolérances digestives ; en perfusion il peut donner lieu à des chocs dans un certain nombre de cas.

- Le Pyrazinamide :

Peut donner des ictères.

- Les Thiosémicarbazones :

Peuvent entraîner des troubles digestifs et des polynévrites.

Ce sont les complications spécifiques des drogues antibacillaires, mas il est évident qu'on peut également observer toutes les intolérances sanguines viscérales et cutanées inhérentes à tout médicament (LAVAL).

4°) La Corticothérapie.

Dès que l'effet anti-inflammatoire des hormones corticosurrénales a été connu, on s'est aperçu qu'elles risquaient d'aggraver les déterminations tuberculeuses, mais par la suite, on a constaté qu'associées aux médicaments tuberculostatiques la corticothérapie,, non seulement était sans danger, mais était capable de renforcer leur effet. Une telle action est particulièrement utile dans le traitement des adénopathies tuberculeuses cervicales. On utilise surtout la deltacortisone à la dose de 30 mg par jour. Dès que l'effet a été obtenu on réduit les doses à 20 puis 15 mg par jour chez l'adulte. Cette dose sera maintenue pendant 2 à 3 mois environ. Progressivement ces doses seront abaissées par paliers de 8 à 10 jours avant d'être supprimées.

On pourra également utiliser de la Triamcinolone, de la dexaméthasone ou autre corticoïde.

Se méfier des contre indications : ulcère gastrique, diabète, hypertension artérielle.

Pendant la cure, les précautions habituelles seront prises : surveillance du poids, de la T.A., recherche périodique de glycosurie.

Le régime désodé sera présent, il sera enrichi d'un sel de potassium, surtout au début du traitement où les posologies sont élevées.

On conseille aussi l'emploi d'anabolisants pour prévenir l'ostéoporose.

5°) Les traitements adjuvants.

- Traitement vitamino-calcique :

Le traitement de Charpy a connu un succès très grand. Ses dangers, surtout chez l'enfant, l'ont fait abandonner partiellement.

Cependant parfois on peut y associer d'autres facteurs vitaminiques, en particulier la vitamine C et les vitamines du groupe B.

On a même proposé l'emploi des acides nucléiques, de certains acides aminés, de certains oligo-éléments.

- Cure Hélio-Marine :

En présence de tuberculose ganglionnaire cervicale, la cure hélio-marine sera susceptible de rendre d'incontestables services. Elle présente, en outre, l'énorme avantage de placer le malade dans un milieu médico-chirurgical particulièrement qualifié.

Mais le principal inconvénient réside dans la durée du traitement, et actuellement la question se pose : Doit-on imposer une cure de repos prolongé à un sujet présentant une localisation tuberculeuse particulièrement bénigne ? Il est inutile d'insister sur les graves inconvénients d'un retard scolaire important ou d'une longue interruption de travail. C'est donc un problème social à régler.

B) **Traitement Local.**

1° - Les Radiations :

De nos jours, la radiothérapie à doses anti-inflammatoires n'est plus employée qu'en association avec le traitement médical et encore n'est-elle pas exempte de critiques. Nous pensons que les résultats obtenus n'améliorent guère les thérapeutiques médicamenteuses classiques, d'autre part, les risques lointains que l'irradiation du cou fait courir, nous incitent à réserver les radiations aux seules tumeurs malignes.

2° - Les ponctions et les injections in situ :

Ponctions simples (LEPETIT) :

On les utilise dans les formes suppurées. On les a considérées comme susceptibles de provoquer la fistulisation des adénites ramollies et on a essayé de prévenir celle-ci en ponctionnant à distance, en peau saine, en un point non déclive.

Il faut en rapprocher les incisions simples faites au bistouri ou au ténotome, permettant l'évacuation du caséum à la curette mousse.

Comme les ponctions, ces techniques employées isolément aboutissent le plus souvent à la fistulisation.

- Les injections modificatrices :

En majeure partie abandonnées, seules subsistent Trypsine et l'association Streptokinase-Streptodornase qui ont donné des résultats très satisfaisants.

- Les antibiotiques locaux :

Les résultats ont été, dans l'ensemble, décevants.:

Seule la Rifamycine, cet antibiotique mineur, inutilisable par voie générale, a été employé en injections locales. Son activité bactériostatique est considérable in vitro, il permettrait d'obtenir une réduction de la tuméfaction après 3 ou 4 injections par semaine.

- Injections locales d'Hydrocortisone :

De tous les essais de thérapeutique médicale, la cortico-thérapie par voie générale ou surtout par injections locales s'est révélée un des plus prometteurs (BERNARD et RIVET).

Cependant, elle est loin, actuellement, de faire l'unanimité. Mais, bien que douées d'une efficacité certaine, en agissant sur l'élément inflammatoire, les injections locales d'Hydrocortisone ont une action transitoire et les rechutes sont fréquentes. Aussi elles demandent bien souvent une solution chirurgicale.

C) **Traitement Chirurgical.**

1°) **Généralités.**

L'exérèse chirurgicale a été, dans l'histoire du traitement des ganglions tuberculeux cervicaux, tantôt préconisée avec enthousiasme, tantôt condamnée avec rigueur.

On aurait pu penser, avec les progrès considérables du traitement médical et le caractère relativement bénin de cette affection sur le plan vital, que la chirurgie large paraisse définitivement excessive. Or, dans l'état actuel de la maladie, de ses formes anatomo cliniques, de la variété et de la résistance des

germes aux médicaments tuberculostatiques, il est nécessaire bien souvent de discuter une indication chirurgicale capable seule d'apporter la guérison rapide et définitive (BROUET).

L'acte chirurgical dépend étroitement du traitement médical. Il n'est « qu'un temps thérapeutique » dans un traitement d'ensemble qui lui assure la couverture et la sécurité indispensable.

Il est indiqué en fonction des échecs absolus ou relatifs de la médecine : échecs confirmés et démontrés dans le temps, c'est une chirurgie liquidatrice des lésions ; soit échecs prévisibles et attendus d'une médecine bien conduite, c'est alors la chirurgie d'indication précose, ceci afin d'éviter une perte de temps considérable, des séjours climatiques ou de repos avec préjudices scolaires et professionnels bien excessifs.

La chirurgie ganglionnaire peut être nécessitée par l'importance des lésions donnant plus ou moins rapidement à la maladie une forme sévère, laissant prévoir l'inutilité d'un traitement médical prolongé indéfiniment. Ce traitement médical reste essentiel ; la chirurgie n'apparaît que comme un temps thérapeutique (LAPICOREY).

L'ancienneté des atteintes ganglionnaires, en dépit d'un traitement médical insuffisant, est alors une chirurgie véritablement « liquidatrice » sur des lésions parfois faussement éteintes.

- La résistance au traitement médical.

- Les récidives à topographie régionale : récidives désespérantes avec abcès de perforation successifs à partir de ganglions profonds qui sont inaccessibles au traitement médical et au traitement local.

2°) **Les arguments de la chirurgie.**

a) *Ils sont d'abord étio-pathogéniques :* Il s'agit très souvent, surtout chez l'enfant et l'adulte jeune, d'une maladie loco-régionale.

Toute la maladie est au cou, et la sécurité apportée par la couverture du traitement médical invite fortement à éliminer le foyer cervical évolutif. La fréquence de la porte d'entrée locale, même si elle est difficile à retrouver est certainement considérable, dentaire ou surtout dans le tissu lymphatique du pharynx.

La multiplicité et la succession possibles des portes d'entrée, parfois à bacilles variés, expliquent bien des difficultés d'interprétation du virage de cuti-réaction dans le temps et l'association possible de Tuberculose cervicale avec des calcifications médiastinales par exemple : il est certains cas de tuberculose secondaire ; mais habituellement, la localisation au cou relève d'une porte d'entrée locale.

Le problème bactériologique aussi est très particulier. L'inconstance dans la recherche des bacilles y est très grande. Mais, très souvent les examens sont incomplets, difficiles ; l'inoculation au cobaye est négligée. Les réponses sont très tardives. Ce qui est certain dans cette localisation tuberculeuse, c'est que la variété particulière des agents responsables, dont la porte d'entrée est locale, explique le grand nombre de déboires thérapeutiques.

b) *Ils sont ensuite anatomo-pathologiques :* C'est l'importance des lésions spécifiques sur les pièces opératoires. Sa valeur rétrospective est considérable et explique l'échec médical.

La clinique sous-estime l'importance de l'atteinte tuberculeuse :

- quant à la taille du ganglion principal sous l'abcès froid révélateur.

- quant au nombre des ganglions caséeux qui l'entourent.

Les ganglions de la tuberculose cervicale, dans ses indications chirurgicales sont toujours caséeux et multiples : à la coupe ils sont farcis d'abcès froids intra-glandulaires entourés rapidement d'une réaction fibrosante.

La présence de calcifications dans ces ganglions a une très grande valeur dans le diagnostic et l'extension lésionnelle : elle ne représente pas un test de guérison ; elle ne signe que l'ancienneté des lésions autorisant un geste chirurgical rapide en cas de réveil clinique qui peut d'ailleurs en imposer à tort pour une détermination récente de tuberculose secondaire.

L'abcès froid est unique ou multiple, superficiel ou profond. Il révèle la maladie très souvent : il peut même être pris à tort pour le ganglion : son traitement n'est rien à côté de la réserve caséeuse ganglionnaire qui l'entretient, explique sa récidive après traitement, et qui est seule la véritable génératrice de la maladie.

De même, le problème cutané représente l'opprobre apparente de la Tuberculose sous forme de peau rouge, fistules,

scrofuloderme et les lésions cutanées viennent compliquer le geste de nettoyage chirurgical, mais, elles ne sont que secondaires, et condamnent souvent les gestes « a minima » qui ont pu être faits à l'encontre de l'abcès froid de surface alors que les ganglions profonds sont laissés en place.

Il est à noter que la tuberculose ménage tous les éléments importants du cou : veines, muscles, nerfs : elle réclame, par l'importance de ses lésions, une chirurgie large, difficile, hautement spécialisée : elle doit être conservatrice et elle peut revenir avec prédilection à l'O.R.L. familiarisée avec cette région anatomique.

c) *Ils sont enfin thérapeutiques :*

La forme commune cervicale moyenne, qu'elle soit pseudotumorale chez l'adulte ou éternellement récidivante chez le jeune, est très souvent chirurgicale.

La longueur et l'inefficacité du traitement médical, même bien conduit, expliquent les pertes de temps thérapeutiques et condamnent ces récidives perpétuelles avec apparition d'abcès froid sous traitement, ou jugulées un temps par la corticothérapie associée à la médication antibiotique. La perte de temps scolaire et professionnelle peut être extrêmement préjudiciable, de même que les inconvénients des médicaments prolongés qui n'apporteraient pas un assèchement définitif.

La résistance microbienne est certainement aussi une cause d'échec fréquent en dehors même de l'importance des lésions (GAILLARD).

Il y aurait aussi beaucoup à dire sur le rôle thérapeutique des ponctions qui traitent l'abcès froid et non pas les ganglions générateurs. Elles conduisent souvent à de fausses guérisons.

Un dernier argument médical peut être enfin invoqué en faveur de la chirurgie ; celui des erreurs possibles de la clinique, même avec l'appui de la ponction diagnostic : tel par exemple l'association tuberculose - cancer.

L'analyse de ces arguments en faveur du traitement chirurgical de la tuberculose cervicale permet de synthétiser les buts de la chirurgie :

- enlever l'irrésorbable, c'est-à-dire les masses ganglionnaires profondes, caséeuses et rapidement encapsulées, responsables de rechutes successives ; le nettoyage des abcès froids est complémentaire.

- éviter les soins médicaux interminables et parfois les erreurs de diagnostic.

- abréger les pertes de temps scolaires et professionnelles.

- obéir à des règles conservatrices et esthétiques dans l'acte chirurgical afin de proportionner le risque opératoire fonctionnel à la bénignité relative de la maladie.

3°) **Modalités techniques.**

- Les petits moyens parachirurgicaux :

Ce sont les ponctions à répétition, la mise à plat d'un abcès froid, le curetage d'un trajet fistuleux, qui ont des indications dans des foyer très limités ou difficiles d'accès.

- Exérèse mono ganglionnaire simple :

Elle est faite à titre thérapeutique. Cependant, il est rare et exceptionnel qu'un ganglion tuberculeux soit unique et la récidive précose ou tardive, sera le plus souvent la conséquence d'un geste insuffisant qu'il porte sur un abcès froid ou sur un seul ganglion.

- La lymphadénectomie large ou curage physiologique conservateur du cou :

C'est la seule solution valable dans l'immense majorité de ces formes isolées de tuberculose évolutives et rebelles au traitement médical ; c'est une question de choix entre une décision à visée curatrice, rapide, définitive, et les « aléas » d'un traitement médical indéfini et incertain, les complications scolaires professionnelles et financières d'un séjour climatique et d'une guérison peu sûre.

Il faut condamner le curage vrai de type carcinologique : il s'agit d'une chirurgie fonctionnelle qui doit conserver tous les éléments importants circulatoires et morphologiques : c'est-à-dire les nerfs, le plan veineux, glande sous maxillaire, plans musculaires.

La voie d'abord est essentiellement l'incision de cervicotomie haute qui doit être la plus postérieure et la plus basse possible par rapport à l'angle du maxillaire inférieur. Elle peut être à visée purement jugulo spinale ou étendue en avant,

en cas de prédominance sous maxillaire. Une incision horizontale et sus claviculaire basse dans le pli du cou peut lui être associée en cas d'extension inférieure clinique ou anatomique. Enfin, l'incision peut être bilatérale en un ou deux temps pour les lésions symétriques.

Il est certain que la limite de l'éxérèse ganglionnaire pose plus de problèmes que le nettoyage des abcès froids si l'on veut éviter les récidives avec un ganglion tuberculeux en « bout de chaîne » et qui peut être laissé en place. C'est pourquoi l'incision horizontale complémentaire basse peut être une sécurité ou une nécessité ; elle permet la dissection de toute la face profonde du sterno cleido mastoïdien et la conservation essentielle du nerf spinal dont les ganglions inférieurs sont volontiers satellites.

L'essentiel dans l'acte chirurgical réside dans l'ablation complète des lésions ganglionnaires profondes qui sont la source même de la maladie (GAILLARD et CHARACHON).

4°) **Indications du traitement chirurgical.**

Envisager la chirurgie dans la Tuberculose cervicale, c'est avoir bien présent à l'esprit :

a) que la décision s'applique à des formes particulières de tuberculose, c'est-à-dire pratiquement isolées, d'évolution majeure et chaude et non rapidement résolutives et enfin résistantes au traitement bactériostatique et anti-inflammatoire actuel ; que cette décision s'applique aussi à toutes les lésions anciennes peu ou mal traitées et qui récidivent.

b) que cette chirurgie doit être complète, inoffensive, rapide, c'est-à-dire permettre dans les semaines qui suivent une vie normale, et enfin esthétique.

Il est des contre-indications évidentes ; elles ne sont d'ailleurs pas montrées au chirurgien : ce sont les formes spontanément favorables, les tuberculoses hautement fébriles, les micropolyadénopathies, des adénopathies chez le tuberculeux pulmonaire évolutif et certaines formes peu évolutives chez les sujets âgés.

Il est des contre-indications relatives quelque soit l'âge et chez le tuberculeux pulmonaire stabilisé. Sur le plan local surtout, c'est toute la question d'option thérapeutique dans les formes peu évolutives qui paraissent réagir au traitement médical, et même parfois à un petit geste de nettoyage local.

Il faut savoir que chez le jeune et l'enfant, les deux exemples types de l'indication de cette chirurgie sont :

- la forme précoce extensive de proche en proche avec souvent perte de temps thérapeutique du fait du retard initial au diagnostic de nature.

- la forme tardive récidivante sur des lésions parfois calcifiées. Dans ces formes chroniques, les ganglions profonds sont restés en place ; on a traité inutilement les abcès froids ; l'intervention-liquidation apparaît comme la seule solution.

Dans toutes ces indications, c'est le choix du moment qui apparaît comme essentiel, toutes les formes sérieuses et extensives posent obligatoirement le problème d'une décision chirurgicale éventuelle.

L'indication tardive n'est guère discutée devant les lésions anciennes et récidivantes.

Les Indications précoces sont évidemment plus difficiles à poser. Le diagnostic et le traitement ont souvent subi au départ un retard préjudiciable. Il peut y avoir erreur sur le stade de la maladie ; l'identification du germe a pu poser des difficultés, et le traitement n'est pas toujours facile à orienter (LASSERE).

Il faut insister sur le traitement médical complémentaire où deux shémas thérapeutiques sont proposés :

- Association Isoniazide P.A.S. pendant 9 à 12 mois.

- La triple association ou au minimum Isoniazide-streptomycine pendant 4 à 6 mois ; suppression de la streptomycine le 6^{me} mois qui est remplacé par le P.A.S. Cette deuxième solution est prudente dans les formes très extensives avec abcès froids et atteinte cutanée inflammatoire.

Ainsi le traitement médical doit-il être poursuivi un an, mais avec une reprise d'activité et de scolarité rapide et normale chez l'enfant, et une réadaptation rapide aussi chez l'adulte dans son milieu familial et professionnel. C'est là le but essentiel de la décision chirurgicale.

A notre avis l'indication chirurgicale doit être prise en accord commun avec le pneumophtisiologue et après un traitement antituberculeux.

La Thérapeutique antibacillaire doit rester sous les directives d'un spécialiste des problèmes tuberculeux.

Deuxième partie

ETUDE DE 50 CAS D'ADENOPATHIES CERVICALES TUBERCULEUSES

Nous avons retenu 50 dossiers concernant des adolescents, adultes jeunes, adultes traités de 1967 à 1973, soit par traitement médical, général et local, soit par traitement médico-chirurgical.

REMARQUES PREALABLES

Il faut noter d'abord :

- qu'il s'agit dans l'ensemble de sujets adultes.

Il faut remarquer : que l'étude statistique suivant l'âge, le sexe, la race est directement liée aux conditions de recrutement du C.H.R. TOULOUSE et de ce fait sans intérêt majeur.

- qu'il s'agit de sujets traités en services spécialisés, mais qui ont parfois fait l'objet d'un traitement de plusieurs mois, voire de plusieurs années avant l'admission en service hospitalier et que ce traitement modifie certainement l'aspect de l'adénite tuberculeuse.

Nous excluons enfin de cette étude les ganglions post B.C.G. dont l'évolution et le traitement sont différents.

I. - ETUDE CLINIQUE

Les remarques étant faites, pour répondre à la question posée quant à l'aspect nouveau du traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale, nous préciserons quelques aspects cliniques de nos 50 cas.

L'atteinte ganglionnaire étant le plus souvent isolée, 3 de nos malades seulement présentaient une localisation tuberculeuse pulmonaire et un de nos malades présentait une atteinte cutanée.

L'atteinte ganglionnaire était toujours localisée à la région cervicale dont :

- 27 atteintes unilatérales droites.
- 21 atteintes unilatérales gauches.
- 2 atteintes bilatérales.

Les atteintes cervicales sont le fait de ganglion unique ou le plus souvent multiples, localisés en priorité à la partie supérieure de la chaîne jugulaire plus rarement à la chaîne spinale ou au groupe sous mental.

- Volume des ganglions :

Il est très variable, habituellement modéré, mais il est toujours très difficile à délimiter avec une précision chiffrée.

- Fistulisation :

L'évolution vers la fistulisation est actuellement très rare, c'est ainsi que : de 1955 à 1960 on en notait 39 %, et de 1960 à 1967, 17 %.

Mais, depuis 3 ans, nous n'avons observé aucune fistule que dans les 2 fistules observées depuis 1967, les deux étaient des fistules anciennes.

Ce qui fait que le pourcentage réel de fistulisation pour des adénopathies traitées de 1967 à 1973 est extrêmement faible.

Nous pensons que la diminution des cas de fistulisation est due à la généralisation du traitement antituberculeux par voie générale et aux traitements locaux, ceci dès la découverte du virage de la cuti-réaction.

- Réactions tuberculiniques :

Son rôle dans le diagnostic de la tuberculose est primordial. En effet dans les 50 cas, c'est-à-dire dans 100 % de nos cas la cuti-réaction est nettement positive.

Ceci est important car, par ailleurs, il est difficile d'obtenir la preuve de la tuberculose soit que :

- la ponction est blanche quand elle est réalisable, ce qui d'ailleurs n'est pas toujours commode, car un ganglion cervical profond de volume modéré est difficile à atteindre.

- l'examen cytologique est d'une valeur discutable.

- l'examen radiologique qui montrera des calcifications au sein de la masse ganglionnaire peut apporter un argument important, mais la calcification est habituellement un phénomène tardif.

- le chancre d'inoculation : dans nos observations, nous n'avons pu retrouver le chancre d'inoculation que dans 2 cas, soit 4 % des cas. Nous avons découvert une fois un chancre du sillon gingival, une fois un chancre de l'amygdale droite.

- l'anatomie pathologique étant souvent d'un faible secours, seules la culture et l'inoculation font la preuve de la nature bacillaire.

On peut retenir que 14 de nos 50 porteurs d'adénites cervicales tuberculeuses présentaient un état pharyngé et dentaire médiocre.

AGE.

Nous avons, de façon à obtenir des résultats plus expressifs, et par là-même plus pratiques, fractionné l'échelle des âges en trois grandes parties, en fonction de nos observations :

- de 11 à 20 ans : adolescents.
- de 21 ans à 65 ans : adultes jeunes, adultes.
- de 65 ans à 90 ans : personnes âgées.

Nous constatons que pour les personnes qui sont en pleine période active le nombre des cas observés est très importants : 38 cas, pour les adolescents 6 cas, et pour les personnes âgées 6 cas également.

Il faut remarquer qu'il y a 14 Malades au-dessus de 50 ans, soit 28 %. Ceci est très important car c'est l'âge ou cliniquement une adénopathie cervicale doit faire suspecter une tumeur maligne.

SEXE.

Nous ne pensons pas que le sexe intervienne directement sur la fréquence mais la répartition peut cependant varier chez les hommes et les femmes. C'est ainsi que nous pouvons schématiser, sous forme du tableau suivant, les résultats portant sur nos 50 observations.

Statistique portant sur 50 observations

AGES	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-90
H	4	8	7	6	2	1	1
F	2	5	3	1	3	4	3

RACES.

Etant donné notre mode de recrutement qui est essentiellement hospitalier, 46 % de nos observations représentent des sujets originaires d'Afrique du Nord et des transplantés.

II. - ETUDE BACTERIOLOGIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE

A) Etude Bactériologique.

Dans tous les cas d'adénites tuberculeuses cervicales ayant fait l'objet de cette étude, nous avons exigé comme critère diagnostique de la tuberculose :

- soit la présence de B.K.
- soit la confirmation anatomo-pathologique.
- soit la présence de calcifications ganglionnaires à un stade quelconque de l'évolution.

Si dans 43 cas il a pu être procédé à une recherche de B.K. dans le produit ganglionnaire : liquide de ponction, prélèvement de la pièce opératoire, nous n'avons pu mettre en évidence le bacille de Koch que dans 37 cas à l'examen direct, et surtout pour 32 prélèvements mis en culture nous avons retenu 12 cultures positives, pour les cas restants la confirmation a été obtenue grâce à l'inoculation au cobaye.

Par suite, il a rarement été possible d'avoir des antibiogrammes et une identification de germes. Il s'agissait 4 fois d'un bacille bovin, les antibiogrammes n'ont jamais révélé de résistance.

La difficulté à obtenir des cultures positives par les techniques habituelles tient au fait que ces adénopathies ont souvent été traitées par voie générale, d'autre part, dans les cas où l'examen anatomo-pathologique a été pratiqué, il n'a jamais été possible de voir un aspect cicatriciel, mais des lésions aigües.

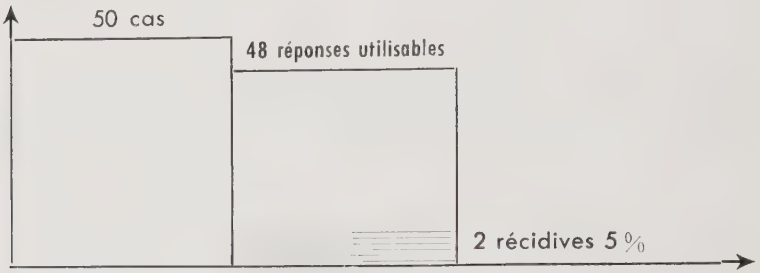
B) Anatomie Pathologique.

Parmi les 30 examens anatomo-pathologiques pratiqués sur 30 adénopathies on retrouve :

- 21 fois des lésions de tuberculose caséo-folliculaire.
- 9 fois des lésions de tuberculose caséo-folliculaire avec calcifications débutantes.

III. - ETUDE THERAPEUTIQUE

Sur 50 dossiers, nous avons 48 réponses utilisables, 2 récidives, soit 5 % des 48.



Après avoir placé les plus grands espoirs dans les traitements antibiotiques, puis anti-inflammatoires tant par voie générale que locale, il nous a fallu revenir à une conception plus réaliste et moins optimiste. En effet, certains auteurs comme CONSTANS, IMBERT, PELLERIN, BACH, pensent que l'action des antibiotiques est fort décevante et, bien qu'utilisant les nouveaux venus tels que éthambutol et rifampicine il paraît peu probable qu'ils soient capables d'amener la disparition d'une adénopathie caséifiée.

Quant au traitement vitaminique et à la cure hélio-marine, bien qu'ayant de farouches partisans, ils ne constituent qu'un appoint au traitement médico-chirurgical.

1°) Les traitements par voie générale.

Nous utilisons en pratique antituberculeuse l'association *P.A.S.* - *I.N.H.* et un troisième antibiotique, la streptomycine actuellement remplacée par l'éthionamide ou la prothionamide.

La posologie adoptée varie en fonction de l'âge ; et la durée du traitement va varier de douze à dix-huit mois suivant le résultat.

Ainsi, dans notre étude, nous relevons pour 50 cas : 32 cas où le traitement a été d'emblée médical, et 18 cas où le

traitement a été d'entrée l'association traitement médical - traitement chirurgical.

C'est pourquoi dans ce chapitre qu'est le traitement médical, l'étude de 32 cas traités médicalement permet de constater l'obtention de 24 très bons résultats que l'on peut qualifier de définitifs.

Cependant, l'optimisme apparent d'un tel résultat doit se tempérer du fait que dans 8 cas, ce traitement antibiotique général a été incapable d'amener la guérison et qu'il a fallu lui associer un traitement complémentaire.

Les corticoïdes :

Les mêmes réserves peuvent être apportées pour juger de la corticothérapie par voie générale. Si elle nous a paru amener des résultats spectaculaires dans certaines adénopathies vues au stade inflammatoire, il s'est avéré que pour d'autres les résultats n'étaient pas des plus convaincants.

Ainsi, pour les 8 récidives, nous constatons que le traitement général antibiotique associé au traitement inflammatoire nous permet d'obtenir 5 excellents résultats définitifs.

Dans les 3 autres cas, où des nodules ganglionnaires persistaient, le traitement général antibiotique plus anti-inflammatoire a dû être complété par un traitement local ou chirurgical.

Les corticoïdes employés étaient soit du cortancyl, soit du solupred, à dose d'attaque de 20 mg pendant 1 mois ; ensuite la corticothérapie va être abaissée à 15 mg puis à 10 mg par jour les 15 jours suivants, puis enfin interruption totale.

Tableau récapitulatif des résultats en fonction du traitement

Traitement	Traitement médical ATB	Traitement médical ATB + AI	Tr. médical général + Traitement local
Résultats (sur 32 cas)	24 bons résultats + 8 récidives →	5 résultats définitifs + 3 récidives	
		dont 1 de celles-ci →	1 récidive

Cependant, avant de clore ce chapitre du traitement par voie générale, il nous faut préciser :

- que ce traitement général dans les cas où il est incapable d'amener la guérison complète, permet toutefois d'obtenir une régression de l'adénopathie et de la péri-adénite.

Qu'il amène la fermeture des fistules. Il faut se rappeler qu'avant l'ère des antibiotiques, l'adénopathie tuberculeuse évoluait spontanément vers le ramollissement et la fistulisation, qui était d'ailleurs un mode de guérison dont malheureusement le passif était fait d'une évolution traînante et de cicatrices étendues, particulièrement inesthétiques. Nous n'affirmerons pas que les antibiotiques évitent à tous coups ce genre d'évolution, mais nous constatons que nous ne voyons pratiquement plus d'adénites fistulisées, et que nous voyons de moins en moins d'adénites ramollies accessibles à la ponction.

Rappelons que :

- de 1955 à 1960 le pourcentage d'adénites fistulisées était de 39 %.

- de 1960 à 1967 il était de 7 % et, dans nos cas de 1967 à 1973 de 2 %.

Le traitement antibiotique général visera dans tous les cas à éviter la dissémination tuberculeuse, hématogène, il sera éventuellement complété par un traitement local, un traitement chirurgical dont il sera l'indispensable préparation.

2°) **Traitement local associé au traitement général.**

Le traitement local comporte deux temps, éventuellement associés d'ailleurs.

Premier temps : action médicamenteuse pure injection in situ d'antibiotiques, éventuellement d'anti-inflammatoires.

Deuxième temps : action évacuatrice précédée ou non d'injection in situ de subtances destinées à liquéfier le caséum ganglionnaire.

Mais il faut que :

a) l'adénopathie soit facilement accessible à la ponction, ce qui n'est pas toujours le cas.

b) le contenu caséeux soit ramolli pour être évacué, soit par ponction, soit par le curetage à minima.

Cependant, actuellement nous sommes amenés à abandonner de plus en plus cette méthode pour deux raisons principales, la première est que nous trouvons de moins en moins de ganglions ramollis ; la seconde est que ce traitement est difficile du fait de la répétition nécessaire des ponctions et surtout que son action est transitoire, notre seul cas s'est soldé par un échec avec présence d'une cicatrice disgracieuse.

Après l'étude du traitement par voie générale et par voie locale, la question qui va nous être posée est celle-ci : Quel est le moyen d'éliminer une masse caséeuse plus ou moins ramollie, faite d'un ou de plusieurs ganglions contenant des bacilles, même non cultivables, mais susceptibles d'évolution répétée in situ et de dissémination à distance ?

Nous pensons qu'il serait vain d'attendre une réponse du traitement médicamenteux à une telle question, et le vieux précepte qui voulait que le traitement chirurgical des adénites tuberculeuses cervicales soit fait des échecs du traitement médical reste valable. Mais, paradoxalement, l'apparition des médicaments antituberculeux a fait croître les indications chirurgicales, en autorisant l'abord du foyer tuberculeux, mais aussi en stoppant l'évolution naturelle que constituait l'élimination du séquestre caséeux par une fistule cutanée. Actuellement, c'est à la chirurgie que l'on demande cette évacuation.

3°) **Traitement chirurgical.**

Nous avons 21 cas opérés dont 3 cas provenant des traitements antérieurs.

Il y a eu 2 interventions bilatérales en deux temps.

- 19 réponses reçues.
- 2 réponses ininterprétables.
- 2 récidives soit 10 % par rapport aux réponses reçues.

Il faut remarquer que les 2 récidives du traitement chirurgical ne correspondent aucunement aux récidives du traitement médical.

Bien que l'unanimité ne soit pas absolue, on pense actuellement que le traitement chirurgical est à la base du traitement

des adénopathies cervicales tuberculeuses. Les avis divergent surtout quant à l'étendue, à la technique, au moment de l'intervention.

- Technique opératoire.

Dans cette étude qui intéresse les formes majeures et localisées au cou, des lésions ganglionnaires caséeuses superficielles et profondes nous analyserons la thérapeutique de choix ; c'est-à-dire la Lymphadénectomie cervicale conservatrice mais très large encore appelée lymphadénectomie large ou curage physiologique conservateur du cou.

- Anesthésie.

Faire un bilan médical complet en insistant sur le bilan cardiaque qui sera clinique, radiologique et électrique, l'étude de la coagulation est indispensable pour préciser la préparation à l'intervention et faciliter l'hémostase.

L'anesthésie :

La lymphadénectomie cervicale est du domaine de l'anesthésie générale par intubation ne posant pas de problème, mais on doit éviter le circuit fermé et les doses importantes de curare.

La prémédication :

Elle fait partie intégrante de l'anesthésie et doit être adaptée au malade.

Chez les adultes : la veille au soir Nembutal une heure et demie avant l'intervention : 1 suppositoire de Nembutal de 60 ou 120 mg.

Une heure avant l'intervention : une injection intra-musculaire de :

- Dolosal (1 ampoule).
- Phénergan (1 ampoule).
- Atropine (1/4 mg).

L'anesthésie elle-même :

- Pentothal.
- Tubocurarine.
- Intubation.
- Protoxyde d'azote et oxygène.
- Perfusion de sérum.

Incision :

La voie d'abord est essentiellement l'incision de cervicotomie haute qui doit être la plus postérieure et la plus basse possible par rapport à l'angle du maxillaire inférieur. Elle peut être à visée purement jugulo-spinale ou étendue en avant, en cas de prédominance sous-maxillaire. Une incision horizontale et sus-claviculaire basse dans le pli du cou peut lui être associée en cas d'extension inférieure clinique ou anatomique. Enfin, l'incision peut être bilatérale, en un ou deux temps pour des lésions symétriques (2 observations).

L'incision part donc de la pointe mastoïdienne, descend face externe du sterno-cléido mastoïdien, va se recourber horizontalement en avant à la partie moyenne du cou, à la hauteur du pli cutané qui marque le milieu du cartilage thyroïde.

Ce tracé curviligne est très important, car il permet de recliner en avant et en haut un lambeau cutané antérieur comportant le muscle peaucier, qui donne un large jour sur le carrefour digastrique et permet d'explorer la loge sous-maxillaire.

Elle permettra de réaliser en arrière l'exérèse des ganglions spinaux.

- Traitement du ou des ganglions (adénectomie).

L'exérèse des lésions est à la fois une chirurgie à la demande et une chirurgie systématisée.

La chirurgie de l'abcès froid, s'il est superficiel, représente le premier temps opératoire avec nettoyage de la pseudo-coque à la curette de tous ses supports environnants, essentiellement cutanés et musculaires ; les abcès froids profonds seront nettoyés de proche en proche au fur et à mesure de la dissection. La

lymphadénectomie devient alors un geste méthodique ; elle doit conduire à l'ablation de toute la lame cellulo-ganglionnaire jugulaire haute et moyenne jusqu'à l'omo-hyoïdien, à la vérification de la loge sous maxillaire et surtout au nettoyage rétro veineux et péri spinal. C'est le nerf exposé dans la chirurgie de la Tuberculose.

D'autre part, l'incision horizontale complémentaire basse peut être une sécurité ou une nécessité, étant donné qu'elle permet la dissection de toute la face profonde du sterno-cléido-mastoïdien et la conservation essentielle du nerf spinal.

Il nous faut cependant insister sur les difficultés de certaines exérèses en raison de la péri-adénite qui adhère aux organes voisins. *Le clivage n'est pas facile.*

- Attitude vis à vis de la peau.

Le problème de la peau est simple si son atteinte se trouve sur la ligne normale de l'incision. La résection cutanée sera faite avec économie. Si l'abcès froid et l'atteinte cutanée sont à distance de l'incision esthétique d'une cervicotomie, son tracé ne doit pas en être modifié ; le problème cutané sera traité séparément, économiquement, avec une petite suture indépendante.

La fermeture peut être faite au fil de soie ou aux agrafes : celles-ci peuvent être enlevées très tôt si la peau était normale. Le drainage aspiratif de Redon est indispensable au meilleur résultat esthétique possible.

Il faut également remarquer que, au cours de cette chirurgie, le clivage des masses ganglionnaires est souvent plus facile que prévu et aussi bien vis-à-vis du plan veineux que des éléments musculaires glandulaires et nerveux.

- Le traitement post-opératoire.

La durée et l'importance de la réaction inflammatoire et exsudative post-opératoire seront très atténuées par la prescription systématique et à dose suffisante d'anti-inflammatoires dans les suites post-opératoires, nous associerons un traitement antituberculeux, qui sera poursuivi neuf à douze mois après l'intervention, soit à domicile, soit en maison de repos, tout au moins pendant la période d'activité professionnelle, c'est-à-dire trois à six mois suivant les cas.

IV. - ETUDE DES RECIDIVES

Il faut signaler, à propos de l'étude des deux récidives observées, qu'elles étaient très précoces, presque dans les suites opératoires.

L'une provenait d'une évolution brutale, en bout de chaîne, sur un ganglion caséeux laissé en place.

L'autre était superficielle, tous les ganglions profonds avaient été enlevés, il restait une zone inflammatoire prémusculaire qui a nécessité une retouche opératoire dans les semaines suivantes.

CONCLUSION

Les faits que nous avons observés sont, sans doute, trop peu nombreux et trop récents. Nos observations ont besoin d'être recoupées par d'autres, faites dans les mêmes conditions ou dans des conditions différentes.

Cependant, à la lumière de nos observations, une chose est certaine quant au diagnostic clinique de la Tuberculose ganglionnaire cervicale, c'est la positivité très nette de la cutiréaction dans la totalité des cas.

D'autre part, en ce qui concerne le traitement actuel de la Tuberculose ganglionnaire cervicale, nous constatons l'efficacité de deux traitements : le traitement médical, le traitement chirurgical.

Bien que très différents, ils possèdent une haute efficacité et doivent se compléter, dans le but d'obtenir d'excellents résultats.

C'est la raison pour laquelle nous pourrons proposer à titre de conclusion, le schéma thérapeutique suivant :

D'emblée traitement par voie générale associant trois antibiotiques et parfois un anti-inflammatoire. La durée de ce traitement sera, en principe ,de trois mois, l'anti-inflammatoire n'étant poursuivi au-delà d'un mois que si son action est patente.

- Diminution du volume des ganglions.
- Température et vitesse de sédimentation normales.
- Aspect normal des téguments.

Si au-delà du 3me mois les progrès sont réguliers et importants, le traitement médical sera poursuivi seul pendant douze mois en plus.

Si les progrès sont nuls ou partiels, l'intervention sera alors décidée, environ deux mois à partir du début du traitement médical, si les conditions suivantes sont réunies, c'est-à-dire, température normale, vitesse de sédimentation normale, téguments sans signes d'activités lésionnelles péri-adénite nulle ou modérée.

Le traitement post-opératoire, dans sa phase immédiate, associera antibiotiques et anti-inflammatoire pendant trois semaines, ensuite les antibiotiques seuls pendant un an.

Il est cependant certain que le véritable traitement préventif est la vaccination par le B.C.G. et nous ne pouvons que déplorer qu'elle ne soit généralisée à tous les peuples.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse le 21 Décembre 1973.

Le Président de l'Université Paul Sabatier :

L. LARENG.

Le Président du Jury :

J. CLAUX.

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie a été volontairement limitée à ces 15 dernières années.

1. ARDOUIN : Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques. Gaz. Mod. Fr 2490 - 2505 1960.

2. BACH C. et ESTEVE P. : Traitement des adénites cervicales tuberculeuses. Ann. Ped. Sem. Hop. Paris 2 Mars 1965.

3. BECADE P. : Diagnostic des adénopathies cervicales. Rev. Med. Toulouse 1971.

4. BERNARD J., GRENET P., MATHE G. : Essai de traitement de la tuberculose ganglionnaire externe par la cortisone.

5. BROCARD H., BURIN A. et AKOUN G. : Le traitement médical des adénites cervicales tuberculeuses de l'Adulte. Rev. Tub. 1964.

6. BROCARD H. : Le traitement médical des adénites cervicales tuberculeuses. Bull. Soc. méd. Hauteville 1970-37-43-45.

7. BROUET G., MAGNIN F., JAMET G., ROCHE G. : Y a-t-il du nouveau dans le traitement des adénopathies tuberculeuses ? Bull. Soc. Méd. Hauteville 1970 2946.

8. CANETTI G. : Conception actuelle de la maladie tuberculeuse. La Rev du praticien 1963, 13, 2449-2456.

9. CHRISTOL : Diagnostic clinique des adénopathies EMC 6-1967 - 13025 AIO P 1245.

10. CLAUX J., COLL J. : Que penser du traitement actuel de la tuberculose ganglionnaire cervicale 61e Congrès d'ORL Paris 5-6 Oct. 1964.

11. CONSTANS P. : Traitement des adénopathies tuberculeuses cervicales chroniques. Vie médicale 1968 - 49 - 485 - 488 Mars.

12. GAILLARD J. et LAPICOREY G. : Le traitement chirurgical des adénopathies cervicales tuberculeuses de l'adulte jeunes. J. Méd. Lyon 20 nov. 1964.

13. GAILLARD J. et CHARACHON R. : Le traitement chirurgical des adénopathies cervicales tuberculeuses de l'enfant et de l'adulte jeune. Journal Français d'ORL 1966 - 1037 - 1049.

14. GOCKING G. : Traitement de l'adénopathie cervicale tuberculeuse. Deutsche Méd. Wsch. 8 Mai 1964.

15. GUILLON, BARON, GAILLARD, BATISSE, PONCET et OURY : Tuberculose du système lymphatique pharyngo-cervical. 1 volume. Arnette Édition. Paris 1967.

16. LAPICOREY G. : Le traitement chirurgical des adénopathies cervicales tuberculeuses de l'enfant et de l'adulte jeune. Thèse 1964 Lyon Méd. Mars 1965.

17. LASSERE J., SAINT-SUPERY G. : Quelques données sur le traitement chirurgical des adénopathies cervicales tuberculeuses. Société Française de Pédiatrie 14 Février 1967.

18. LAVAL P., BONNEAU H., CASTEL G. : Atteintes tuberculeuses périphériques. Indications et résultats. Rev. de tub. et Pneum. 1961 25,1,1 - 18.

19. LAVAL P., ARMANET M. : Chimiothérapie et antibiothérapie des Tuberculoses extra-pulmonaires. XIVe Congrès NAT. Tuberc. Nantes 1964 170-202.

20. LE PETIT J.-C. : Contribution à l'étude des adénopathies cervicales tuberculeuses de l'adulte. Intérêt de la ponction ganglionnaire. Thèse 1964, Lyon Méd. 7 Mars 1965.

21. MARCHAL G., DUHAMEL G. : Tuberculose ganglionnaire EMC 4-1962 13026 AIO P 1-2-3.

22. PETERSEN J.K. et coll. : « Un cas de tuberculose ganglionnaire cervicale », Tandlaegebladet, 741-9 - 1971 (Danois).

23. PLAZA F. et DONNAYRE C. : Adénite cervicale tuberculeuse. Rev. Cuerpo Méd. Déc. 1964.

24. QUANDALLE P., DEVULDER B. et CARLIER C. : Aspects cliniques et thérapeutiques actuels des adénites cervicales tuberculeuses. Lille Méd. 1968 - 13, numéro spécial, 1240-1250.

25. RANKOW R.M. : Le traitement de l'adénite cervicale. Am. J. sufg. Déc. 1967 - 94. n° 6 900-901.

26. RIVET J.P.C.L. : Traitement des adénopathies externes par les injections locales d'hydrocortisone. Thèse Paris 1962.

27. TAILLENS : La tuberculose des amygdales et des ganglions du cou. Practica ORL 1961, 23, 1-21.

28. TAILLENS : Les ganglions tuberculeux du cou. Annales d'oto-laryng. 1962.

29. TAILLENS : Les adénopathies du cou ; généralités anatomo-cliniques. Revue médicale de Tours 1964 p. 791-800 et 924-993.

30. ZELLER F. : Les rapports entre la localisation des adénopathies tuberculeuses périphériques et l'infection à bacilles humains ou bovins. Praxis pneumol., av. 1964 222-233.

Imp. VANIN, Saint-Gaudens Janvier 1974.